

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 108

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA RÉSECTION

DANS LES
LUXATIONS ANCIENNES DU COUDE

INCISION LATÉRALE INTERNE UNIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Janvier 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri DEMANNEVILLE

Né le 3 Avril 1877, à Sidi-Bel-Abbès (Algérie),

Élève à l'École du Service de Santé militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4 RUE GENTIL, 4

Janvier 1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552408_0007

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 108

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA RÉSECTION

DANS LES
LUXATIONS ANCIENNES DU COUDE

INCISION LATÉRALE INTERNE UNIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Janvier 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri DEMANNEVILLE

Né le 3 Avril 1877, à Sidi-Bel-Abbès (Algérie),
Élève à l'École du Service de Santé militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
Cliniques chirurgicales.	PONCET
	X.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLÖNG.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène.	COURMONT.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacologie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON(A.)—
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TRIPIER, Président; GANGOLPHE, Assesseur;

MM. VALLAS et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Témoignage de reconnaissance
et d'affectueux attachement.*

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR TRIPIER

Professeur d'Anatomie pathologique,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ GANGOLPHE

Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu,

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉSECTION

DANS LES
LUXATIONS ANCIENNES DU COUDE

— Incision latérale interne unique. —

INTRODUCTION

Depuis quelques années, grâce à la sécurité que donne la méthode antiseptique dans toute intervention sanglante, les luxations anciennes du coude, qui aboutissaient autrefois à l'ankylose fatale, sont aujourd'hui passibles d'un traitement chirurgical et orthopédique.

Ce traitement, qui a donné entre les mains de nombreux chirurgiens d'excellents résultats, est justifié par l'impotence du membre et l'état irréparable de l'articulation.

Il n'est certes plus vrai de considérer avec A. Cooper une luxation de six semaines comme irréductible, mais il faut convenir que la réduction par les méthodes non sanglantes donne des résultats fonctionnels bien inférieurs à ceux d'abord espérés.

Ces insuccès, outre les cas où la luxation résiste invinciblement à toute tentative de réduction, nous les attribuons aux modifications qu'a subies l'articulation dans sa nouvelle forme, modifications que nous étudierons dans un premier chapitre.

Dans un second, nous étudierons les différents procédés, sanglants ou non sanglants, auxquels on a eu recours contre les vieilles luxations, pour constater que les résultats les plus satisfaisants ont été donnés par la résection semi-articulaire humérale.

Dans un troisième enfin, nous préconiserons comme premier temps de l'opération l'incision latérale interne unique, en indiquant les raisons qui nous inspirent cette préférence. La description du procédé opératoire nous montrera la facilité d'exécution qu'il donne au chirurgien, et nos observations accompagnées de deux photographies rendront plus évidents les avantages qu'il procure au malade.

M. le professeur agrégé Gangolphe nous a fourni les observations qui sont le point de départ de ce travail, et s'est montré toujours plein de bienveillance à notre égard. Nous lui adressons ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nous assurons aussi de notre respectueuse reconnaissance M. le professeur Tripier, qui a bien voulu nous faire l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

QU'EST-CE QU'UNE LUXATION IRRÉDUCTIBLE ?

Ce serait une question bien aride, dit M. Thiéry, que de déterminer exactement, mathématiquement si l'on peut dire, ce qu'est une luxation ancienne : telle luxation datant d'un mois sera relativement ancienne, si elle appartient à une variété normalement difficile à réduire ; telle autre, au contraire, d'âge avancé, pourra encore être réduite par les procédés non sanglants.

Ce qui, avant tout, doit être pris en considération, c'est l'état anatomique actuel de l'articulation. Aussi, sous le nom d'irréductible, doit-on comprendre toute luxation dans laquelle l'état anatomique des parties lésées s'oppose à la réduction par les moyens les plus simples de réduction méthodique ou de traction violente. Chassaignac les eût appelées *incurables*.

Il n'est donc pas sans intérêt de rappeler les modifications qui se produisent du côté de la jointure lorsque la luxation reste non réduite, puisque c'est de cette étude que l'on pourra tirer des indications utiles pour le traitement par les méthodes sanglantes, la nécessité de l'abandon des procédés de douceur ou de force étant ainsi anatomiquement démontrée. Nous verrons, en

effet, que ces modifications que subit l'articulation sont telles qu'une réduction, même complète, ne peut faire espérer qu'un résultat fonctionnel insuffisant.

L'étude de l'anatomie pathologique des luxations anciennes du coude est de date relativement récente ; elle a été faite à l'aide de dissection sur le cadavre, et au cours d'opérations pratiquées pour obtenir une réduction sanglante, soit par l'arthrotomie, soit par la résection. Nous devons surtout ces connaissances anatomo-pathologiques aux travaux de Malgaigne, de Sédillot, d'A. Cooper.

Passons en revue les différentes parties constitutives de l'articulation luxée, en montrant les transformations qu'elles subissent de par leur nouvelle situation anatomique et de par leur tendance à adapter leur fonctionnement physiologique à leur nouvelle forme.

Os. — Les os, par suite de leur déplacement, sont soumis à la loi de Malgaigne, à savoir : usure et atrophie des portions osseuses soumises à une pression réciproque, hypertrophie et épaissement des parties osseuses ambiantes libres de toute pression. Nous ne voulons pas ici décrire les diverses déformations qu'on peut rencontrer suivant la variété de la luxation ; en principe, nous considérerons que nous avons affaire à une luxation en arrière, cas de beaucoup le plus fréquent. On a indiqué comme agent de compression le muscle brachial antérieur, qui, par suite du déplacement des deux os et de l'avant-bras, vient peser sur l'extrémité inférieure de l'humérus qu'il contourne d'avant en arrière.

Quelquefois on constate la présence d'une néarthrose ; l'articulation se reforme par suite de l'apparition d'un fibro-cartilage sur les surfaces osseuses en contact. Ce fibro-cartilage peut même être accompagné d'une synoviale et d'une capsule articulaire qui se forment aux dépens du tissu cellulaire ambiant. Dans ces cas, qu'on observe chez les sujets jeunes, ces formations peuvent donner à la nouvelle jointure une souplesse et une solidité suffisante pour faire rejeter d'emblée, par le chirurgien, toute idée d'intervention sanglante.

Nous en avons nous-même observé, à l'hôpital militaire de Sidi-Bel-Abbès, chez un enfant d'une huitaine d'années, un exemple qu'avait bien voulu nous indiquer M. le médecin-major Fix : la luxation, en dedans, datait de quatre mois, et laissait au membre toute son extension et une flexion suffisante pour permettre au sujet de placer sa main sur sa tête. Mais nous devons ajouter que ces cas sont très rares, où la nature suffit pour opérer une restitution fonctionnelle en quelque sorte *ad integrum*.

Les anciens cartilages articulaires, n'étant plus soumis à leur travail physiologique habituel, disparaissent au bout d'un certain temps, laissant à nu les extrémités osseuses.

Les cavités articulaires se combleraient d'un tissu dur et compact (Malgaigne, Nicoladoni, Volker). Doyen, au cours d'une arthrotomie au bout de quatre mois, trouve la cupule du radius entièrement cachée par une gangue fibreuse qui l'unissait étroitement au cubitus. La cavité sigmoïde est oblitérée par ce même tissu fibreux, ainsi que les cavités olécraniennes et coronoï-

dienne de l'humérus. Ce tissu serré, souvent incrusté de concrétions osseuses, peut atteindre une telle abondance, que la lamelle osseuse qui sépare les cavités olécraniennne et coronoïdienne devient d'une épaisseur qui peut aller jusqu'à 9 millimètres, comme dans le cas d'Allen.

D'autre part, la luxation est accompagnée de petites fractures. D'après Mollière, presque toujours, quand il y a déformation articulaire, il ne s'agit pas de luxation pure : il s'agit de luxation compliquée d'arrachement osseux. L'épicondyle et l'épitrôchlée surtout sont arrachées par parcelles qui restent en général peu volumineuses.

Humphrey, Allen, Smith ont aussi signalé l'allongement de la tête du radius. Cette transformation serait une conséquence de la loi de Malgaigne et reconnaîtrait pour cause la cessation de pression sur la tête radiale.

Périoste. — Le périoste, arraché ou lacéré, continue à proliférer à sa nouvelle place, donnant naissance à des productions osseuses qui végètent un peu dans toutes les directions (Delbet, Fochier). Ces faits ne sont pas rares chez les enfants au niveau du coude, où Ollier a décrit depuis longtemps la coulée huméro-radiale, qui peut déjà être constituée au bout de quinze jours et devient un obstacle invincible à la réduction. Ces productions osseuses, dues seulement à la prolifération d'un lambeau périostique arraché, sont souvent prises pour des cals exubérants qu'on attribue à une fracture concomitante.

Capsule articulaire et ligaments. — La capsule articulaire est détachée en avant, et cette désinsertion serait, quatre fois sur cinq, compliquée d'arrachement osseux.

Le ligament antérieur subit le même sort, puis de nouvelles couches viennent l'épaissir, et plus tard il forme une véritable plaque ostéo-cartilagineuse, dite *plaque antérieure*, fixée à l'extrémité inférieure de l'humérus. Malgaigne et Cruveilhier l'auraient vue cependant se continuer avec l'apophyse coronoïde.

Le ligament postérieur se transforme comme le précédent, s'incruste aussi de concrétions calcaires, et forme deux plaques ostéo-cartilagineuses très résistantes, qui partent de l'olécrane pour se fixer sur l'épitrôchlée et sur l'épicondyle. On conçoit aisément que ces deux plateaux rétro-épitrôchléen et rétro-épicondylien, une fois constitués, opposent à la réduction ou aux mouvements de la jointure un obstacle des plus sérieux.

Les ligaments latéraux se détachent toujours au niveau de leur insertion humérale, emportant souvent avec eux des lambeaux de périoste.

Cependant le ligament externe résisterait souvent. Malgaigne explique ce fait en disant que la luxation se produit en deux temps, d'abord par inclinaison en dehors, rompant le ligament interne, puis par un mouvement de torsion en dedans amenant successivement l'apophyse coronoïde au-dessous et en arrière de la trochlée humérale.

Au bout d'un certain temps, variable chez chaque sujet et soumis à certaines influences que nous indi-

querons plus loin, ces ligaments se reconstituent, épais et solides, entre l'humérus et les deux os de l'avant-bras, dans la nouvelle position acquise par l'article.

Il est superflu d'insister sur la résistance qu'ils opposeront alors à toute tentative de réduction, et sur les obstacles qu'ils créeraient au libre jeu de la jointure, dans le cas où la réduction pourrait être obtenue.

Tissu conjonctif péri-articulaire. — Le tissu conjonctif péri-articulaire forme ce que Malgaigne appelle *tissu de remplissage*. Il devient plus résistant, forme une sorte de gangue amorphe enveloppant les muscles, les tendons, les vaisseaux, les nerfs et les extrémités articulaires. Puis il se transforme peu à peu en fascias et en liens fibreux, souvent incrustés de petites concrétions osseuses, et qui formeront autant d'obstacles à la réduction. C'est aussi le tissu cellulaire péri-articulaire qui, dans le cas où une néarthrose se forme, fournit les éléments de la nouvelle capsule articulaire. Cette nouvelle capsule se tapisserait même, d'après certains auteurs, d'un endothélium semblable à celui de toute synoviale.

Muscles. — Les muscles s'adaptent au nouvel état des parties ; ceux tirillés s'allongent, ceux dont les insertions sont rapprochées par suite du déplacement osseux se raccourcissent (rétraction du triceps). Au début, encore sous l'influence du traumatisme récent, ils sont contracturés et douloureux, puis ils se relâchent, s'atrophient, se sclérosent. Verneuil a vu la partie antérieure de la nouvelle capsule comme creusée

dans l'épaisseur du brachial antérieur, auquel elle adhérerait intimement. Cette transformation du tissu musculaire va parfois jusqu'à l'infiltration calcaire, comme on l'a signalé pour les muscles du bras.

Nerfs. — Les nerfs de la région sont naturellement intéressés par le traumatisme, et peuvent subir des altérations qui s'établissent peu à peu par suite des formations pathologiques qui envahissent les tissus ambiants. C'est ainsi qu'on a noté la névrite par irritation de voisinage, par compression ou par emprisonnement dans de nouvelles productions osseuses, soit après fracture concomitante, soit après décollement périostique. Saleron a trouvé le nerf médian aplati, rubané, et appliqué sur la crête osseuse hypertrophiée qui sépare la trochlée de l'épithrochlée.

Le cubital aussi est souvent intéressé, surtout par suite de délogement : il produit alors des fourmillements et des douleurs parfois extrêmement pénibles.

Vaisseaux. — Les vaisseaux sont assez rarement lésés. Cependant, par suite du déplacement osseux, ils sont tortueux. Malgaigne a vu, sur une luxation très ancienne chez un vieillard, l'artère humérale au pli du coude prendre la forme d'un Z, avec hypertrophie concomitante, l'artère étant d'un calibre plus considérable. A cause de leur déformation, les vaisseaux irriguent mal et, par suite, il peut se produire un certain degré de dénutrition des organes voisins.

Outre toutes ces modifications qui atteignent la structure anatomique des organes lésés par la luxa-

tion, on rencontre d'autres transformations qui, en modifiant seulement leurs rapports, sont de nouveaux obstacles à la réduction. Ainsi l'interposition entre les extrémités osseuses de parties molles quelconques. Le ligament annulaire peut venir se placer entre le condyle huméral et la capsule radiale. Cette interposition serait facilitée par la pression atmosphérique et par le vide produit au moment de l'accident dans l'intérieur de la cavité articulaire.

D'autres fois ce sont les fibres profondes du brachial antérieur qui pénètrent entre le bord inférieur de la trochlée et le cubitus.

D'après Buthaud, sur huit observations, l'irréductibilité immédiate est due trois fois au ligament annulaire interposé entre le condyle et la cupule. Dans les autres cas, c'est soit le ligament interne, soit une bride fibreuse, soit des fibres musculaires, soit le ligament antérieur. On conçoit que ces complications de la luxation, qui sont des causes d'irréductibilité immédiate, deviendront de plus en plus insurmontables à mesure qu'elles se compléteront par l'apparition d'adhérences fibreuses, de dégénérescences scléreuses ou d'infiltrations calcaires.

Nous pouvons donc conclure de l'étude qui précède que l'irréductibilité des luxations du coude reconnaît différentes causes que nous classerons en deux groupes :

I. *Altérations osseuses et articulaires.*

II. *Lésions et dégénérescence des parties molles.*

Le temps nécessaire à ces productions nouvelles ou à ces destructions partielles indiquait le temps de réductibilité. Or ce temps de réductibilité varie, suivant les

auteurs, dans des proportions très larges. Nous avons vu que la jetée huméro-radiale, décrite par Ollier chez les enfants à la suite du décollement du périoste, pouvait rendre une luxation irréductible au bout de quinze jours. Boyer, Cooper et Velpeau indiquent un mois ou un mois et demi, Hamilton et Malgaigne, deux, quatre et cinq mois, Gerdy six mois.

Cette divergence d'opinions indique que l'ancienneté d'une luxation n'est pas en rapport avec son degré de réductibilité, car ces deux facteurs peuvent subir diverses influences, qui les font varier respectivement de façons souvent opposées. Ainsi, d'après Mollière, l'irréductibilité se manifeste d'autant plus vite que le traumatisme a été moins grave, parce que la néarthrose a plus de tendance à se faire sous l'influence des mouvements, et que ce sont les traumatismes légers qui permettent ces mouvements.

Age. — Jusqu'à quinze ans environ, l'irréductibilité viendrait plus vite, grâce à la fréquence des fractures, des arrachements du périoste et des ossifications anormales. Mais, d'autre part, les tissus se modèlent mieux que chez l'adulte et pourront permettre, dans certains cas, la formation d'une néarthrose.

Sexe. — La période de réductibilité serait plus longue chez la femme, surtout pendant la grossesse, à cause du relâchement que cet état amène du côté des ligaments (observ. Poncet, 1894).

Constitution. — Les individus vigoureux, conti-

nuant malgré la luxation à soumettre leur bras à un travail soutenu, semblent prédisposés à une ankylose précoce, comme si les nombreux petits traumatismes que subit alors l'articulation excitaient la production de tissu fibreux et inextensible. Les tentatives de réduction auraient une action analogue.

Maladies infectieuses. — Les maladies diathésiques, comme la goutte, le rhumatisme, produiraient aussi autour de l'articulation une irritation qui avancerait la marche de l'irréductibilité.

Nous voyons donc qu'une luxation du coude, suivant que le traumatisme a lésé tels organes de préférence à tels autres, suivant les conditions dans lesquelles se trouve le malade pendant et après l'accident, devient irréductible au bout d'un temps très variable, qu'il nous semble impossible de fixer mathématiquement.

Cependant, au lieu de nous placer au point de vue anatomique pur, envisageons la question au point de vue physiologique. L'articulation du coude est une charnière : la mobilité active dépend de la conservation des attaches des muscles antérieurs (biceps et brachial antérieur) et postérieur (triceps). Mais cette condition ne suffit pas à assurer le bon fonctionnement de cette charnière : celle-ci pour être irréprochable ne doit rencontrer dans ses mouvements aucun obstacle qui puisse en diminuer l'amplitude ou la souplesse. Or, après l'étude que nous venons de faire, nous pouvons dire que les modifications subies par l'articulation opposent des obstacles non seulement à la réduction, mais encore aux mouvements que tenterait le

membre une fois la réduction obtenue. A quoi bon alors, avoir remis en place les extrémités osseuses si les tissus péri-articulaires et les os eux-mêmes doivent, par suite de leurs transformations, empêcher le fonctionnement normal de la jointure ?

C'est pourquoi nous croyons qu'à l'épithète *irréductible*, qui est fondée sur le degré de résistance opposée par l'article à la réduction, critérium des moins certains, on pourrait préférer le mot *incurable*, prononcé par Chassaignac, basé sur l'état anatomique de l'articulation et sur l'insuffisance des pseudo-réductions, et qui a plus de valeur au point de vue clinique, puisqu'il permet d'appliquer, aussitôt après un examen approfondi, un traitement approprié.

CHAPITRE II

DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS EMPLOYÉS CONTRE LES VIEILLES LUXATIONS, ET, EN PARTICULIER, DE LA RÉSECTION SEMI-ARTICULAIRE HUMÉRALE

Passons en revue les différents traitements employés pour réduire les anciennes luxations : nous indiquerons les résultats que tous ont donné entre les mains de nombreux chirurgiens, pour tirer de la critique de ces résultats des conclusions qui nous permettront de préconiser, comme procédé de choix, la résection semi-articulaire humérale.

Méthode de douceur (*traitement minimum*). — Ce traitement consiste, après l'échec prévu de timides tentatives de réduction, à employer des moyens palliatifs qui tendront à aider la nature, qui « agit de son mieux pour réparer la lésion ».

Quelques succès ont été consignés, que nous attribuerons non pas à la valeur du traitement, mais à une marche heureuse des transformations anatomiques articulaires ou péri-articulaires.

Ces résultats encourageants ont été enregistrés en

effet, chez de jeunes sujets, et nous savons que chez les enfants il se forme souvent une nouvelle articulation possédant des surfaces articulaires, des cartilages, des ligaments et même une synoviale, cette articulation arrivant à jouir de mouvements presque normaux : la restauration fonctionnelle est parfois vraiment extraordinaire.

Reclus (Congrès 1886) cite le cas d'un jeune Basque de dix-sept ans, qu'il a vu, en 1876, avec Trélat : le sujet était porteur d'une luxation du coude, en arrière et en dedans, qu'on laisse non réduite après plusieurs tentatives inefficaces de réduction. Il a été, par la suite, de mieux en mieux et a recouvré tous les mouvements du bras et de l'avant-bras.

Velpeau, Malgaigne, Hamilton, Capelleti, Litle, Fournier, ont cité des cas analogues. Nous ne citerons qu'à titre historique le procédé employé par le célèbre chirurgien anglais Arthley Cooper, qui pour diminuer les forces d'un homme trop vigoureux et vaincre ainsi la luxation, purgeait et saignait son malade ; dans un cas d'ailleurs, il triompha si bien des forces du sujet, que celui-ci succomba une fois sa luxation réduite.

Mais que fait la nature seule ? Agit-elle toujours de son mieux pour réparer le mal ? Le chirurgien n'a pas toujours affaire à des enfants tout prêts à réédifier leur articulation luxée, et nous avons vu que la nature, au contraire, fait le plus souvent subir à l'article des transformations qui tendent à le rendre impotent.

Faut-il compter sur le hasard qui a si bien servi Barthelin (*Historiarum anatomicarum rariorum*) ? Un homme se luxe le coude ; pas de réduction. Un an

après, il fait une chute de cheval et, pendant la chute, la luxation se réduit brusquement.

D'ailleurs le membre luxé éprouve une série de modifications qui, si on ne les corrige pas, changent complètement son aspect et retentissent à la longue sur tout l'individu.

D'autre part nous ne pouvons ici considérer sérieusement un traitement qui, par définition, s'applique aux cas exceptionnels où tout traitement est superflu, et qui abdique en faveur du hasard, d'une force aveugle dont le chirurgien ne peut ni prévoir ni diriger les effets, car les massages, la gymnastique, l'électricité, les douches locales ne peuvent être regardés que comme les compléments d'un traitement actif.

Ce traitement minimum, traitement des pusillanimes, de ceux qui refusent l'opération, pouvait avoir quelque raison d'être à l'époque où tout opéré était exposé à des accidents septiques redoutables, et où les chirurgiens effrayés du danger des interventions violentes, se contentaient de recommander les onctions, frictions, bains sulfureux, etc.

Mais aujourd'hui que l'anatomie pathologique des anciennes luxations est bien connue, que l'asepsie permet au chirurgien d'intervenir avec sécurité, les succès qu'on attribue à cette méthode négative doivent être pris en considération pour une seule raison : c'est que, comme ils ont été observés chez des enfants, ils montreraient qu'il ne faut pas se presser trop d'agir quand on a affaire à de jeunes sujets.

Quant aux cas où la non-réduction n'aboutit pas à la formation d'une néarthrose, malgré la phrase de

Velpeau « un membre à angle droit est presque aussi utile luxé que réduit », ils laissent les sujets essentiellement estropiés. Et ces cas en majorité nous permettent de rejeter cette méthode expectative, puisque de la constatation fatale de son insuffisance découle la nécessité d'un traitement plus actif.

Méthode de force. — La méthode de force, appliquée avec persévérance, a donné des résultats assez nombreux pour encourager certains chirurgiens à l'employer et à la conseiller comme méthode de choix ; telles sont, du moins, les conclusions de notre camarade le Dr Pasteur, dans son intéressant travail (Lyon, 1900).

Cette méthode doit ses succès actuels à la connaissance de l'anatomie pathologique, qui permet aux chirurgiens d'agir avec plus de circonspection, c'est-à-dire, dans certains cas, de la rejeter, et d'éviter alors les accidents qui la rendaient redoutable autrefois. « L'anatomie pathologique, dit Nodot, ignorée des anciens, ne leur permettait pas de se rendre un compte exact des résistances qu'ils rencontraient ; aussi, poussaient-ils très loin leurs tentatives, s'appliquant surtout à la construction de machines puissantes. »

Les mécomptes qui déconcertaient les anciens chirurgiens leur faisaient regarder ces tentatives violentes de réduction comme une méthode aléatoire et dangereuse. Samuel Gross confesse que jamais il ne s'est chargé d'une luxation ancienne ou quelque temps négligée, sans souhaiter vivement, dans son for intérieur, qu'elle fût tombée en d'autres mains, tant il éprouvait de désappointement et d'anxiété dans l'attente du résul-

tat auquel aboutissaient ses efforts de réduction. Devant ces insuccès, des chirurgiens comme Desault n'osaient plus tenter la réduction.

Et en face de la hardiesse de Maisonneuve, qui avec l'anesthésie voulait essayer toujours et quand même la réduction, même au bout de dix ou douze ans, Velpeau recommandait la prudence, disait les résultats effroyables de quelques échecs, et conseillait avant tout l'examen attentif de l'articulation. C'est, en effet, grâce à la connaissance de l'anatomie pathologique, que les chirurgiens se rendent un compte exact des résistances qu'ils ont à vaincre, et acquièrent la prudence qui leur permet d'éviter souvent des accidents redoutables. Mais c'est aussi grâce à elle qu'on s'explique l'insuffisance des résultats obtenus généralement à la suite de ces réductions forcées : l'articulation a éprouvé les transformations lentes que nous connaissons et qui, une fois les os réintégrés dans leurs rapports, compromettent définitivement la physiologie du membre. Aussi, bien que la réduction ait pu souvent être obtenue sans accident, cette méthode nous paraît-elle insuffisante, parce qu'on a ordinairement constaté par la suite l'enraidissement et l'impotence. « D'une part, dit Nélaton, aucun résultat satisfaisant, même dans les cas les plus heureux, puisque aucun malade n'a jamais repris la liberté de ses mouvements; d'autre part, des accidents fréquents et très graves, dont il est impossible de calculer à l'avance les conséquences. C'est donc une méthode à rejeter de la façon la plus absolue. »

Quels sont donc maintenant ces accidents, et à quoi sont-ils imputables dans la méthode de force?

Nous avons vu que l'ignorance de l'anatomie pathologique poussait les anciens chirurgiens à construire des machines puissantes destinées à triompher des vieilles luxations. Devant l'inutilité de ses efforts, A. Paré immobilisait l'humérus contre une colonne et embrassait l'olécrâne et la colonne dans un lac dont les deux chefs correspondaient à un garrot; l'action de ce garrot attirait en bas et en avant l'olécrâne déplacé.

Avant lui, on avait employé des machines construites sur le modèle des crics, que Purtschall avait utilisées dès la fin du xvii^e siècle.

Plus tard, elles sont perfectionnées par Jarvis de Connecticut et Volker. Sédillot leur donne plus de valeur scientifique et diminue leurs dangers en y adjoignant le dynamomètre.

Un certain nombre de chirurgiens enregistrent alors des succès, grâce à ces appareils qui sont encore améliorés par Collin et Mathieu.

Nous avons vu combien la méthode de force est insuffisante et parfois dangereuse ; mais ses dangers sont infiniment plus nombreux et plus graves quand elle se complique de l'emploi de ces machines qu'il faut absolument abandonner. C'est à elles, en effet, que nous devons principalement les accidents arrivés au cours de tentatives violentes de réduction.

Les anciens traités de chirurgie n'en font pas mention, et les auteurs du moyen âge semblent ne pas les soupçonner ou ne pas les publier. J.-L. Petit, un des premiers, insiste sur les lésions graves que peuvent entraîner certaines méthodes brutales ou mal réglées.

Marchand, en 1875, dans sa thèse d'agrégation,

signale ces divers accidents. Ce sont d'abord les fractures, les plus fréquemment observées, mais aussi les moins redoutables. La fracture de l'olécrâne, en particulier, peut être considérée comme un accident heureux de la méthode de force, puisqu'elle peut permettre d'obtenir la réduction ou une certaine amélioration fonctionnelle, à tel point que Blandin propose de la pratiquer de propos délibéré. Mais la consolidation se faisant de façon vicieuse, l'avant-bras perd son extension active.

On a signalé aussi la mortification du membre et la gangrène, dont deux cas sont rapportés par Delamotte et Lader. Dans le fait de Debruyne, le poulx disparut immédiatement après les tentatives prolongées de réduction, par suite d'une déchirure de l'artère. L'érysipèle et le phlegmon diffus ont été observés par Velpeau. On a aussi produit des déchirures musculaires (cas de Flaubert) suivies d'un épanchement sanguin considérable. Michaux, de Louvain, en 1841, provoqua une rupture de l'humérale et un arrachement du nerf médian, et se vit contraint de pratiquer l'amputation. Des troubles nerveux en furent aussi la conséquence, et Lisfranc rapporte, chez un enfant, un cas de mort due aux douleurs produites au cours des manœuvres de réduction. D'autre part, il semble que les ruptures ligamenteuses, inévitables dans la réduction forcée, produisaient l'ankylose consécutive plus facilement que les sections équivalentes pratiquées au cours d'une intervention sanglante.

Il ne serait sans doute pas logique de juger la méthode de force, d'après l'exposé de ces accidents ;

mais s'il indique les dangers de ce procédé, les résultats fournis même dans le cas le plus heureux sont d'une insuffisance telle que le malade recouvre rarement la liberté de ces mouvements.

La réduction ainsi obtenue, si elle replace les extrémités osseuses dans leurs anciens rapports, est impuissante à réparer les dégâts qu'ont subis l'articulation et les tissus péri-articulaires. Aussi, chez les adultes, dit Farabeuf, cette intervention à la fois brutale, aléatoire et insuffisante, doit être, par ces temps d'antisepsie, irrévocablement condamnée.

Nous ne voudrions certes pas être aussi absolu, tout au moins dans nos termes, au sujet d'une méthode encore préconisée par des chirurgiens expérimentés, au point qu'on ne peut la rejeter de parti pris « car, dit Gerdy, en chirurgie tous les moyens, même les plus dangereux, peuvent être innocents; le tout est de savoir les employer ». Mais cette recommandation laisse trop de place à la confiance personnelle, nous ne voulons pas dire à la présomption des chirurgiens, et nous devons reconnaître que, pratiquement, ce ne peut être là le traitement de la moyenne des cas, à cause des nombreuses contre-indications dues aux déformations articulaires, au remplissage des cavités, aux productions osseuses, en un mot, à toutes les transformations pathologiques qu'à la longue subit la majorité des anciennes luxations.

L'ostéotomie et l'ostéoélasie ont été aussi employées et conseillées comme adjuvants des manœuvres de force. A la suite de certaines améliorations accidentelles dues à la fracture de l'olécrâne, Pingaud, en 1877,

conseille de la pratiquer. Mollière, en 1888, au Congrès de chirurgie, dit avoir pratiqué cette opération en plusieurs circonstances et conclut : dans certains cas de luxations irréductibles on peut, en produisant une fracture de l'olécrâne par arrachement, restituer à la jointure des mouvements très étendus, par suite de l'apparition entre l'olécrâne fracturé et le cubitus d'une bride cicatricielle comparable au tendon rotulien.

Le bras est fixé dans le manchon de l'ostéoclaste jusqu'au niveau de l'interligne articulaire, serré au maximum. On applique ensuite sur l'olécrâne et le radius le collier de l'instrument mû par le levier. Il obtient ainsi sept réductions. L'irréductibilité dans ces cas était telle, ajoute-t-il, que nous avons fait préparer toute l'instrumentation nécessaire pour pratiquer la résection.

La section ou la résection de l'olécrâne, pratiquées par Trendelenburg et Volker ont donné entre leurs mains deux cas de succès.

Mais nous rejeterons l'ostéotomie et l'ostéoclasie comme des interventions aussi dangereuses et aussi insuffisantes que la méthode de force, à laquelle elles se rattachent, du reste, naturellement, puisqu'elles ne furent, au début, que des accidents heureux donnant plus d'efficacité aux manœuvres violentes.

Sections sous-cutanées. — La thérapeutique chirurgicale fit un premier pas en s'attaquant aux obstacles à l'aide de sections tendineuses ou ligamenteuses. Employée tout d'abord par Liston, Desault et Dupuytren, elle fut bien vite abandonnée à cause de ses dan-

gers, puis reprise par Bell et Diffenbach qui la remirent en honneur.

En 1839, Marchal de Calvi y eut recours et réussit. Gerdy échoua, en sectionnant en vain le tendon du triceps et un faisceau tendineux qui s'insérait à l'épitrachée. Conseillée par Sédillot, elle donna à Maisonneuve, en 1847, un bon résultat pour une luxation datant de trois mois. Lewis A. Sayre, de Philadelphie, en sectionnant le triceps, arrive à réduire deux luxations, l'une de quatorze semaines, l'autre de plus de trois mois. Wilmart, Hamilton, citent aussi des cas couronnés de succès.

Mais cette méthode aveugle est aujourd'hui abandonnée, les critiques de Malgaigne en ont fait justice, et Mollière, plus tard, la condamna de la même façon.

« Quand une luxation, dit Malgaigne, résiste aux procédés ordinaires, on peut presque à coup sûr affirmer que l'obstacle ne vient pas des muscles ; quant aux ligaments, le rôle qu'ils jouent et la position qu'ils affectent sont trop difficiles à déterminer sur le vivant pour avoir chance de les attaquer utilement par les sections sous-cutanées. Cette méthode est donc incertaine et hasardeuse, elle va la plupart du temps à la recherche d'un obstacle inconnu. Pour qu'elle fût applicable il faudrait que le chirurgien connût au préalable exactement la position de la résistance, et encore, ce point fût-il acquis, il risquerait d'aller à l'aveugle sectionner des organes importants, artères et nerfs, qui passent au niveau du coude. »

D'autre part, D. Mollière dit : « Si dans certains cas j'ai obtenu un peu d'amélioration, je n'en considère pas

moins ce mode d'intervention comme aléatoire; à bien considérer, en l'absence de toute déformation articulaire, j'aimerais mieux, en pareil cas, ouvrir largement pour réduire. »

Il faut donc absolument rejeter cette méthode aveugle et inconsciente, que Ricard, dans ses cliniques, qualifiait *inutile ou dangereuse*.

Arthrotomie. — L'arthrotomie est la première intervention importante appliquée au traitement des luxations anciennes du coude : elle marque un progrès sérieux sur les autres méthodes de réduction que nous venons d'examiner, elle a donné et donne encore, entre les mains de nombreux chirurgiens, des résultats bien supérieurs à ceux fournis par la méthode de douceur, la méthode de force et les sections sous-cutanées. Les avantages qu'elles présente sur ces différents procédés sont considérables, puisqu'elle permet au chirurgien d'aborder directement les obstacles anatomiques qui nécessitent l'opération, de les supprimer lui-même d'une manière sûre et efficace, pour réintégrer les os dans leurs anciens rapports.

L'arthrotomie, en effet, est une véritable dissection : l'articulation largement ouverte, on la sculpte pour ainsi dire, en sectionnant les brides fibreuses, en évitant les cavités remplies de tissus néoformés, en faisant l'ablation des parties osseuses exubérantes, en détruisant les stalactites osseuses et les ligaments interposés, en un mot, en supprimant les formations osseuses ou fibreuses qui unissent plus ou moins intimement l'un à l'autre les trois os constituant la jointure.

Cette opération date de 1847 avec Blumhardt (*Gaz. méd. de Paris*, 1847). Elle est conseillée, combinée avec l'ostéotomie, par Pingaud en 1877, et employée par Trendelenburg en 1879, Volker en 1880.

Puis, avec quelques variantes opératoires, elle fut exécutée par von Lesser (*Centralblatt für. Chir.*, 1881, n° 16), Von Wahl de Dorpat, Décès et Doyen, qui en présentent au Congrès français de chirurgie de 1886, trois observations avec succès complet, Ollier, Nicola-doni, Stimson. Presque toujours l'articulation est abordée à travers l'olécrâne, qu'on suture ensuite dans un dernier temps de l'opération. Blumhardt employait deux incisions latérales verticales, en arrière de l'épicondyle et de l'épitrochlée, pour couper les adhérences et les tissus fibreux.

Nous ne voulons pas ici discuter de la valeur respective de chacun des procédés opératoires employé : nous nous contenterons de citer l'incision convexe en haut, de Trendelenburg, l'incision en V de Volker, l'incision en baïonnette, l'incision transverse de Doyen, l'incision longitudinale postérieure de Maydl. Ce qui nous intéresse c'est la valeur des résultats fournis par l'arthrotomie dans son application exclusive au traitement des anciennes luxations du coude.

Avec l'arthrotomie, on ne court plus le risque de blesser à l'aveugle des organes importants : seuls les dangers d'infection subsistent si l'asepsie n'a pas été rigoureuse. Cette méthode de réduction est vivement préconisée par Doyen, qui dit : « Cette réfection d'une jointure par la main des chirurgiens, je la considère comme bien supérieure à la résection classique. Cette

dernière est réservée aux cas où les extrémités osseuses mortifiées, doivent disparaître. » Nous croyons, cependant, que ce ne sont pas là les seules contre-indications à l'arthrotomie, et malgré les nombreuses indications de cette opération, dit Mollière, il y a des cas où même un simple examen suffit pour faire reconnaître son inutilité. Ainsi, chez les enfants trop jeunes, dont les surfaces articulaires et les condyles huméraux s'atrophient vite, on pourra souvent constater au palper l'atrophie et les déformations irréparables. On n'aura plus alors d'autre ressource que la résection.

Mais aussi, que les altérations de la jointure soient trop grandes par suite de déchirures du périoste, d'arrachement osseux, de fractures partielles et de production osseuse abondante, et elle devient impraticable. De plus, si la cicatrisation est retardée, le massage, les manœuvres d'assouplissement auxquels on doit soumettre l'articulation ne pourront s'exécuter assez tôt et l'ankylose en bonne position devient le résultat le moins défavorable, et ces chances d'ankylose augmentent avec l'âge du sujet. La réduction une fois obtenue, le maintien n'en est pas toujours facile, soit parce que les tissus voisins y font obstacle, soit parce que les extrémités plus ou moins modifiées ont réellement perdu « droit de domicile » (Maydl, von Lesser, etc.). Dans le cas de Maydl, on dut assurer la position de l'olécrâne vis-à-vis de la trochlée en plantant deux clous dorés dans l'humérus, tout contre le bord externe de l'olécrâne réduit. « La tendance à la récurrence précoce exige après l'opération une immobilisation plus longue. Les extrémités articulaires maintenues par force en position normale

pressent fortement l'une contre l'autre, se trouvant à l'étroit dans le manchon fibro-charnu qui les entoure. Du fait de cette pression les cartilages articulaires se condensent, se résorbent même : toutes ces conditions favorisent l'ankylose » (Degrave, th. Montpellier, 1895). La comparaison des résultats de l'arthrotomie avec ceux de la résection, nous amène donc tout naturellement à conclure avec Nélaton, qui est d'avis qu'au coude les résultats de la résection sont bien supérieurs, à tel point qu'il l'indique dans les cas où la luxation remonte à six semaines ou deux mois. Les différents auteurs que nous avons cités plus haut nous fournissent, en effet, un ensemble de 18 cas dont 3 sont excellents. D'autre part, une statistique moins sévère (th. Nodot, Paris 1888 et faits divers) nous indique que sur 38 cas d'arthrotomie suivis de réduction, 10 résultats sont très bons, 8 sont bons, 20 médiocres. Sur 40 résections, au contraire, nous constatons 22 résultats excellents, 9 satisfaisants, 4 utiles, 5 médiocres (ankylose ou articulations ballantes).

D'après l'ensemble de ces cas, la résection sous-périostée, surtout dans sa variété humérale, donne des résultats plus avantageux. Il serait indiqué pourtant, si l'examen des lésions par le palper n'indique pas absolument la nécessité de la résection, de commencer l'intervention par l'arthrotomie et de finir séance tenante par la résection, si par l'examen ultérieur direct on juge l'arthrotomie insuffisante. Et, sans recourir à la formule :

La réduction est le but ;

L'arthrotomie, le moyen ;

La résection l'expédient ;

Nous dirons avec Thiery que : en admettant que l'arthrotomie entre dans la pratique courante, la résection restera encore indiquée chaque fois que l'arthrotomie pure et simple sera impossible et, « ces cas sont en majorité ». Et si, laissant de côté des cas de luxations compliquées, on ne consulte que les observations dans lesquelles les surfaces articulaires avaient conservé leur configuration normale, on trouve trop souvent encore des résultats peu encourageants : quoi de plus significatif, par exemple, que l'observation suivante, rapportée par M. Lejars dans une de ses cliniques ?

Un cultivateur entre à l'hôpital pour une lésion postéro-externe du coude droit datant de six mois ; deux incisions latérales sont faites de chaque côté de l'olécrâne, les surfaces articulaires ayant conservé leur coloration et leur poli sont remises en place ; aucune interposition ne persistait, l'enclavement était parfait et l'on pouvait imprimer des mouvements étendus : le coude ne recouvra cependant qu'une mobilité partielle. Ainsi, dans ce cas, intégrité des surfaces, conservation du triceps et de son insertion osseuse, habileté de l'opérateur, tout donnait lieu d'espérer un résultat fonctionnel excellent, il ne fut que satisfaisant. « J'ai un peu regretté, ajoutait M. Lejars, de m'être borné à réduire, et je me demande encore si je n'aurais pas obtenu un succès fonctionnel meilleur en ne cédant pas à l'attrait d'une remise pure et simple, et en pratiquant une résection plus ou moins large. »

L'arthrotomie sera donc réservée pour les irréduc-

tibilités immédiates ou tout à fait récentes, et la résection donnant des résultats plus rapides et infiniment supérieurs, c'est à elle que doit s'adresser le chirurgien.

Résection. — Nous en voyons la première ébauche en 1823 avec Textor, qui réséqua la tête radiale luxée : mais l'ankylose s'ensuivit. Summert, en 1847, fit de plus l'ablation de l'olécrâne et les résultats furent meilleurs. Puis d'autres chirurgiens échouent avant l'apparition de la méthode antiseptique. Depuis, nombre de chirurgiens l'ont appliquée ; Nakel, Mayol, Ollier, Reverdin, Nicoladens, Sprengel, etc.

Cette résection peut être totale ou semi-articulaire. L'hémi-résection à son tour peut être inférieure ou radio-cubitale, inférieure ou humérale : c'est à cette dernière que l'on donne généralement la préférence. Nous verrons plus loin pourquoi, après avoir examiné les avantages et les résultats fournis par la méthode en général.

Si le regretté professeur Ollier n'en est pas le promoteur, il l'a rendu sienne en lui donnant une grande perfection, en en fixant le procédé opératoire, et en basant son expérience sur l'observation d'un nombre considérable de malades.

Après quelques considérations sur les résections chez les jeunes sujets, il dit (*Traité des résections*, t. II) : « C'est chez les sujets plus âgés, de quinze à vingt-cinq ans, que les résections semi-articulaires par luxations irréductibles devront donner les plus beaux résultats. Le sujet a fait toute sa croissance ou à peu près,

et l'on n'est pas exposé aux surprises que peut nous réserver une perturbation dans l'accroissement. A cet âge-là, d'ailleurs, on ne doit plus compter sur l'assouplissement indéfini des parties et sur le modelage régulier d'une nouvelle articulation. Cette adaptation des os contigus se fait d'autant plus facilement chez les enfants que l'os luxé est plus éloigné du terme de sa croissance. C'est donc principalement pour les sujets de cette catégorie qu'on devra accepter l'indication de la résection dans les cas de luxation irréductible. On devra y recourir dès qu'on aura pu se convaincre de l'impossibilité de regagner des mouvements suffisants après la pseudo-réduction. »

Or, cette impossibilité, nous la constatons malheureusement dans la grande majorité des cas, l'anatomie pathologique nous en explique la fréquence à peu près fatale, qui vient confirmer ce que Tillaux disait à la Société de chirurgie (1897) sur le peu de valeur des tentatives de réduction dans les luxations anciennes du coude.

Quoi qu'il en soit, il est intéressant de constater que le chirurgien lyonnais ne met en regard de la résection d'autre méthode que des tentatives qu'il appelle des pseudo-réductions, et sur l'efficacité desquelles il semble ne pas se faire illusion, puisqu'il affirme encore sa préférence à la Société de chirurgie de Lyon (juillet 1900).

Ollier rappelle qu'il a décrit chez les enfants la coulée huméro radiale, qui peut être constituée au bout de quinze jours et devient un obstacle invincible à la réduction. La résection est donc le seul traitement applicable en pareil cas.

M. Jaboulay demande si l'intervention sanglante est absolument nécessaire dans les cas de ce genre. Il a vu Mollière faire avec succès la réduction forcée à l'aide de l'ostéoclasie.

Ollier répond qu'il croit que la réduction forcée doit être bien exceptionnelle, et que l'intervention sanglante est bien justifiée par la douleur et la gêne fonctionnelle.

Mais cette intervention doit aussi être justifiée par les résultats qu'on en obtient, et les cas sont nombreux qui nous permettent de dire que cette troisième condition est remplie comme les deux autres, car les succès sont assez significatifs pour nous encourager à conseiller la résection comme méthode de choix.

A propos de l'arthrotomie, nous avons vu que, tandis que cette opération avait donné sur 38 cas, 18 résultats bons ou très bons, et 20 médiocres; la résection sur 40 cas nous indiquait 22 succès parfaits, 9 résultats bons, 4 utiles et 5 médiocres.

Ozanam (th., Bordeaux, 1893) cite 27 cas ayant donnés 14 résultats très bons, 11 bons, 1 médiocre, 1 mauvais.

	Très bons	Bons	Médiocres	Mauvais
Ollier . . .	»	3	»	»
Fochier . .	3	2	»	1 (art. ballante).
Bœkel . . .	3	1	»	»
Mollière . .	7	3	»	»
Maydl . . .	»	2	1	»
Annandale .	1	»	»	»
	14	11	1	1

Quant aux dangers de l'opération elle-même, l'application de la méthode antiseptique les réduisant à néant, nous permet de dire qu'ils sont moins graves et moins nombreux que ceux auxquels exposent des manœuvres de force aveugles et incertaines. « Sur un total de 150 résections du coude que j'ai pratiquées depuis plus de seize ans dans toute espèce de milieux (clientèle privée, champ de bataille, hôpitaux infectieux ou aseptiques), je n'ai pas vu succomber un seul malade à des accidents attribuables à l'opération » (Mollière).

On a aussi reproché à la résection de raccourcir le membre et, chez les jeunes sujets, d'arrêter la croissance. Cette objection serait grave si elle était justifiée par les faits cliniques ou expérimentaux, mais Ollier en a fait justice en démontrant expérimentalement que l'humérus croît surtout par sa partie supérieure, le cubitus et le radius par l'extrémité inférieure : les épiphyses du coude ne contribuent que pour un dixième à l'accroissement du membre. Ce reproche perd donc toute sa valeur, et encore faudrait-il, pour qu'il en conserve seulement la dixième partie, que le cartilage de conjugaison fût intéressé dans la section osseuse et enlevé avec la portion réséquée.

Quelles sont maintenant les indications de la résection ? « Pour juger rigoureusement, disait Lafaurie en 1869, il faudrait établir des parallèles qui seront toujours impossibles, parce que tous les malades ne se ressemblent pas, parce que les divers procédés en usage sont appliqués avec plus ou moins d'à-propos et d'habileté, et enfin parce que les hommes auront toujours peu de tendance à publier leurs revers. »

On peut cependant, en se fondant sur les conditions du sujet et sur les indications anatomiques, diviser les cas avec assez de netteté pour en tirer des conclusions toujours utiles.

Chez les enfants, nous avons vu que la formation parfois si complète et si satisfaisante d'une néarthrose indiquait au chirurgien qu'il ne faut jamais se presser de faire chez eux la résection, mais commencer par leur fléchir le coude et leur faire exercer le membre. (Ollier, *Traité des résections*). « Certaines luxations du coude non réduites, dit Farabeuf, surtout chez les enfants, permettent une restitution fonctionnelle presque complète. Mais, en général, le déplacement permanent des os du coude entraîne une impotence telle que les malades réclament une intervention. »

Mais si les jeunes sujets ont des extrémités articulaires qui se modèlent facilement pour constituer une nouvelle jointure, cette propriété permettra aussi à leurs os de subir des déformations plus complètes et plus rapides, à leurs cartilages de s'éroder et de disparaître plus vite, à leur périoste de se décoller plus volontiers et de proliférer plus abondamment.

Chez les enfants et les jeunes sujets, il ne faut donc pas se presser d'intervenir, mais, si l'examen anatomique de l'articulation révèle la présence de transformations incompatibles avec la formation d'une néarthrose suffisante, il ne faut pas hésiter à pratiquer une résection qui doit chez eux donner d'excellents résultats.

L'indication de la résection est liée aussi aux exigences du sujet et à l'usage qu'il compte faire de son membre.

Il est évident qu'un malade oisif, riche, craintif, appréhendant les suites d'une intervention sanglante et trouvant son membre suffisamment utile pour ses besoins peu nombreux, doit vivre avec l'ankylose qui le satisfait. Mais, nous ne devons envisager ici que le cas où le sujet, reprochant à son membre d'être disgracieux, inutile ou gênant, vient demander au chirurgien une intervention rétablissant le fonctionnement de l'articulation compromise. Nous avons vu que dans ce cas l'arthrotomie donne des résultats immédiats qui peuvent être simples, mais des résultats éloignés qui sont médiocres. Et la résection sera alors formellement indiquée, surtout chez les individus qui ont besoin d'un membre très mobile, les ouvriers par exemple. Le chirurgien devra tout au moins prendre la facile précaution de prévenir son malade qu'il faut trois ou quatre mois pour que la néarthrose soit constituée dans ses éléments essentiels, et un temps beaucoup plus long pour qu'il puisse se livrer à un travail pénible. De toute façon, il faudra se souvenir que cette intervention n'est pas une opération de vie ou de mort, mais une opération orthopédique.

La résection sera aussi indiquée lorsqu'elle sera demandée par le malade comme opération de complaisance, chez les femmes par exemple, mais nous examinerons cette question en étudiant le procédé opératoire spéciale par incision latérale interne unique.

Il est des cas cependant où le chirurgien devra se garder d'intervenir, mais ces contre-indications sont communes à la résection et à toute intervention sanglante qui ne serait pas de première nécessité, et les objections

qu'on pourrait faire à ce sujet s'appliqueraient à toutes les méthodes de traitement des anciennes luxations, principalement aux méthodes sanglantes. Ces contre-indications, d'ailleurs, sont liées parallèlement aux indications positives de la résection, leur sont complémentaires, et, comme elles, sont fondées sur l'état général du sujet et les conditions anatomiques de la jointure.

Il ne faudra donc pas intervenir lorsque l'âge du malade est trop avancé, ou que le malade présente quelque tare pathologique grave qui en fait un vieillard au point de vue de l'intervention chirurgicale ; quand la lésion est très ancienne et qu'il y a une nécarthrose ; lorsque l'état d'amaigrissement des muscles, la dégénérescence des os, les troubles trophiques arrivés à un degré avancé ont compromis l'intégrité du membre, rendent les manœuvres dangereuses, ou menacent de rétablir dans ses rapports un membre impotent.

Nous voyons donc qu'il faut toujours en revenir à la recommandation de Chassaignac et de Mollière, à savoir que ce qui doit être pris en considération c'est l'état anatomique actuel de l'articulation : de l'examen de l'article, combiné à celui de l'état général du sujet, découleront les indications ou les contre-indications qui permettront au chirurgien d'intervenir d'une manière sûre et utile.

Quel est le procédé de résection auquel on devra avoir recours de préférence ? autrement dit, devra-t-on employer la résection totale ou la résection semi-articulaire ?

Cuzin (th. Lyon, 1890), tout à l'idée d'ankylose con-

séculive, ne veut pas plus entendre parler de la résection partielle que de la réduction forcée. Pour lui, sans s'inquiéter de toutes les conditions que nous envisagions plus haut, on doit rendre l'usage du membre et on ne le peut que par la méthode de résection totale d'Ollier, appliquée d'emblée. C'est là trop peu de circonspection et de prudence, c'est oublier qu'un membre ballant est toujours plus à craindre qu'un membre raide : il faut ni trop ni peu, affaire de tact et de mesure, dit Ollier. « C'est seulement lorsqu'il y a des fractures articulaires, surtout des fractures multiples et irrégulières, et que les divers os ont subi dans leur structure des modifications profondes, qu'il est indiqué de faire des résections totales... Autrement, résection semi-articulaire, de 5 centimètres pour éviter l'ankylose, de pas plus de 5 centimètres, pour éviter la faiblesse latérale de la néarthrose. » (*Traité des résections.*)

La résection semi-articulaire est donc l'opération de choix pour le traitement de la grande majorité des anciennes luxations. Les avantages théoriques, bien étudiés dans la thèse de Marangos Apostolos (Lyon, 1883), sont évidents quand on la compare à la résection totale. Elle est préférable, en effet, parce qu'on a avantage à conserver des surfaces cartilagineuses qui sont souvent intactes. De plus, il vaut mieux pratiquer l'hémi-résection humérale pour conserver l'insertion du triceps, et à cause de la complication morphologique des surfaces articulaires de l'avant-bras, qui doivent servir de moule à la future trochlée humérale. Cette trochlée se reproduirait en outre suivant un type plus voisin du type normal, c'est-à-dire avec un allonge-

ment transversal sensible, tandis que la résection totale donne naissance à une extrémité humérale du type bi-malléolaire, à peu près aussi épaisse que large. « Par la résection humérale du coude, dit Marangos, on enlève une moins grande hauteur d'os et on conserve les surfaces articulaires de l'extrémité antibrachiale dont les inégalités s'engrènent dans le tissu osseux nouvellement formé et lui servent de moule : on obtient ainsi une articulation solide et sans raideur. »

Une indication sérieuse de la résection humérale se trouve dans l'intégrité des mouvements de pronation et de supination. Il faut donc, pour que cette opération soit praticable, que l'articulation radio-cubitale supérieure soit intacte.

Mais en dehors des cas particuliers que nous examinerons dans un instant, et qui exigent la résection totale, l'hémi-résection a donné des résultats supérieurs. Nous ne citerons comme exemple que l'observation suivante de Ried d'Iéna (in. th. Marangos), très significative puisqu'elle met en regard les résultats respectifs des deux opérations pratiquées simultanément sur le même sujet, par le même chirurgien, pour des lésions semblables.

OBSERVATION I

Sujet jeune, traumatisme des deux coudes, suivi d'ankylose rectiligne.

A droite, résection humérale.

A gauche résection totale.

Huit mois après, à droite les mouvements de flexion

et d'extension étaient normaux, ceux de pronation et de supination très peu limités.

A gauche, mouvements de flexion et d'extension presque normaux, ceux de pronation et d'extension presque absents. Au surplus, articulation plus ferme et plus forte à droite qu'à gauche.

Il résulte de toutes les observations citées et étudiées par Marangos dans sa thèse, que : 1^o la résection humérale du coude dans les cas d'ankylose n'est pas une opération grave.

2^o Cette opération n'expose pas à la réankylose et ne sacrifie jamais les mouvements de pronation et de supination du membre.

Quant à la résection totale, si elle donne généralement des résultats moins satisfaisants que l'hémi-résection, il est des cas cependant où elle est indiquée.

D'abord quand les surfaces articulaires des trois os sont déformées, et que le cartilage d'encroûtement est altéré ou détruit sur les trois extrémités osseuses ;

Lorsqu'il y a ankylose radio-cubitale supérieure : dans ce cas, Mollière combine les deux méthodes, il résèque l'humérus et la tête radiale, conservant l'olécrène et l'insertion du triceps, et conciliant ainsi les exigences de la résection totale et les avantages de la résection partielle ;

Lorsqu'on se trouve en présence d'épaississements plastiques des tissus voisins ou d'ossifications périostiques précoces, chez les jeunes sujets ;

Lorque, enfin, on constate la formation de la coulée huméro-radiale. « Cette ossification, dit Ollier, néces-

site la résection de l'extrémité luxée du radius, de l'extrémité inférieure de l'humérus et de la coulée huméro-radiale pour la réduction complète de la luxation. »

Nous concluons de cette étude que, de tous les traitements employés, celui qui dans la majorité des cas doit donner les résultats les plus brillants est la résection semi-articulaire humérale. Cette conclusion résulte des travaux de nombreux auteurs et des observations par eux présentées, et nous ne saurions mieux résumer nos idées, tout en leur donnant quelque autorité, qu'en citant la déclaration suivante faite par M. Picqué en 1895 à la Société de chirurgie :

« La résection orthopédique est, à mon sens et conformément à l'opinion de M. Championnière, l'opération de choix dans les cas où l'intervention sanglante est nettement indiquée. Si on met en parallèle les résultats fonctionnels, trop souvent imparfaits, obtenus par l'arthrotomie simple, le peu de gravité qu'ajoute à cette opération la résection des parties osseuses et, d'autre part, les excellents résultats qu'on obtient dans les résections orthopédiques au point de vue fonctionnel, on arrive à cette conclusion que, lorsque des modifications se sont produites dans l'appareil ligamenteux d'une jointure, il devient nécessaire de faire une néarthrose pour obtenir une récupération fonctionnelle totale, et c'est le but de la résection, laquelle s'impose encore davantage lorsque aux déchirures ligamenteuses viennent s'ajouter des fractures concomitantes, susceptibles d'imprimer des modifications définitives à la forme des surfaces articulaires. »

CHAPITRE III

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE SPÉCIAL INCISION LATÉRALE INTERNE UNIQUE

La résection dans les anciennes luxations étant une intervention essentiellement restauratrice, doit, par cela même, atteindre le plus possible à la perfection.

Le mode opératoire aura donc en l'occurrence une grande importance, puisqu'il permettra au chirurgien de parfaire tous les détails de son intervention, et par suite d'en augmenter les avantages, d'en améliorer les résultats à venir.

Nous ne voulons pas faire une étude de tous les procédés de résection du coude. Ce travail, qui ne trouverait d'ailleurs pas sa place ici, a été sérieusement traité dans une thèse de Paris (*Etude sur les différents procédés de résection du coude*, 1874), et dans nombre d'ouvrages de médecine opératoire.

Nous nous contenterons de dire que les anciens procédés, en H, en V, en T, en L, ont été avantageusement remplacés par les incisions longitudinales, dont nous retiendrons la baïonnette d'Ollier, et la double incision longitudinale indiquée par Marangos.

Pour la baïonnette d'Ollier, on fait une incision à la région postéro-externe, au niveau de l'interstice qui sépare le long supinateur de la portion externe du triceps. On commence cette incision à 6 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire; on la poursuit en bas jusqu'au niveau de la saillie de l'épicondyle; de là, on la dirige obliquement en bas et en dedans jusqu'à l'olécrâne. La troisième partie de la ligne d'incision suit le bord postérieur du cubitus.

Cette incision sera toujours indiquée dans les cas de tumeur blanche, d'arthrite suppurée. Mais, dans les luxations du coude où, d'une part, les tissus sont sains, d'autre part, les différents organes ont subi des déplacements parfois difficiles à apprécier, elle offre de sérieux inconvénients, tant au point de vue opératoire qu'au point de vue des résultats à obtenir.

Par suite du déplacement des os du coude, l'olécrâne se trouve amené en arrière et en haut, et les organes voisins ont contracté de nouveaux rapports. Il en résulte que la forme de la ligne d'incision est modifiée, en ce sens que la partie oblique se trouve alors sensiblement perpendiculaire aux deux autres et qu'elle se dirige plus en arrière, par suite de l'épaississement antéro-postérieur de la région. Le chirurgien ne rencontre plus facilement les interstices musculaires qui doivent guider sa route, et la direction transversale de cette partie de l'incision la rend dangereuse pour les fibres musculaires, pour les fibres tendineuses du triceps, et surtout pour les branches nerveuses du nerf radial, innervant les muscles postérieurs de l'avant-bras.

Ces dangers, que nous ont montrés nos dissections

après luxation sur le cadavre, nous les trouvons suffisamment indiqués dans l'observation suivante, prise dans le service de M. le professeur agrégé Gangolphe.

OBSERVATION II

T... Jean-Baptiste, dix-neuf ans, maréchal ferrant, entré le 2 mai.

Il y a quatre semaines, le malade est tombé sur la paume de la main contre un mur. Actuellement, il se présente l'avant-bras en semi-pronation et formant avec le bras un angle obtus ouvert en avant. Flexion très limitée, extension incomplète. L'olécrâne remonté se trouve au-dessus des saillies de l'épitrachée et de l'épicondyle. Disparition du pli du coude. Augmentation du diamètre antéro-postérieur du coude. Raccourcissement de 2 centimètres de l'épitrachée à l'apophyse styloïde cubitale. Pronation et supination conservées.

Opération le 24 mai. Deux incisions latérales. Résection de l'humérus. Les deux incisions primitives ne suffisant pas pour réséquer le radius et le cubitus, incision d'Ollier. Les paquets musculaires empêchent totalement de voir la position des filets nerveux.

Le 25 mai. A la visite, on s'aperçoit que les mouvements d'extension des doigts sont devenus impossibles, ou à peu près. On a donc sectionné quelques filets du radial innervant les extenseurs.

Plus tard, les mouvements d'extension des doigts ne se sont pour ainsi dire pas améliorés. Quant au résultat opératoire, il est des plus satisfaisants.

Ce procédé en baïonnette a, du reste, été généralement abandonné lorsqu'il s'agit d'une hémi-résection humérale, sans quoi l'opérateur doit scier l'olécrâne pour le luxer temporairement, dans le but de permettre l'issue de la trochlée a travers la plaie postérieure.

Les chirurgiens, Ollier lui-même dans ces cas, semblent, en grande majorité, préférer le procédé des deux incisions latérales ou de Jeffray, rajeuni par Hueter et préconisé par Marangos. Des deux incisions, l'interne, à cheval sur l'épitrachée, est la plus courte, l'externe, de 5 ou 6 centimètres, longe le bord externe du bras jusqu'à l'épicondyle, et se prolonge en bas et en arrière de 2 centimètres, dans le cas de résection totale. Ce procédé a, sur le précédent, l'avantage de couper l'aponévrose antibrachiale dans une minime étendue et presque dans la direction de ses fibres. On opère ainsi dans l'espace cellulaire compris entre l'anconé et le cubital postérieur.

Mais cette incision externe, toujours par suite des déplacements osseux et des changements de rapports, menace toujours les branches du radial, particulièrement le nerf du vaste externe et de l'anconé. Et si tous les chirurgiens publiaient leurs revers, peut-être rencontrerions-nous plus souvent des cas de paralysie ou de parésie partielles. Mais un autre inconvénient, grave en l'espèce, puisqu'il s'agit d'une opération essentiellement restauratrice, c'est que l'incision externe laisse les traces indélébiles d'une cicatrice visible, dont la perspective suffira parfois, chez une jeune femme par exemple, à faire rejeter une intervention qui doit pourtant rendre à un membre impotent son usage et sa forme.

Et cette intervention, qui n'est pas une opération de vie ou de mort, qui dans certains cas est une opération orthopédique, comme la qualifiait Ollier, qui est faite pour remédier à des lésions d'origine mécanique, doit, par cela même, être aussi parfaite que possible et trouver dans tous les détails du manuel opératoire les éléments de sa perfection. C'est pourquoi nous insistons, d'après M. le professeur agrégé Gangolphe, sur l'utilité de l'incision latérale interne unique, comme premier temps de l'opération.

Grâce à elle, en effet, le chirurgien ne fait plus courir aux filets du radial les mêmes risques qu'avec les incisions externes, et nous avons vu la gravité de ces risques, puisqu'ils peuvent aller jusqu'à la paralysie. Quant au reproche qu'on peut lui faire de mettre en danger, dès le début de l'opération, le nerf cubital, l'épaisseur même de ce cordon nerveux, que le chirurgien sait devoir rencontrer sur sa route et écarter avant de la poursuivre, le met à l'abri de toute atteinte imprudente. A tel point que, même dans les arthrites fongueuses, M. Gangolphe fait son incision interne dans le but de libérer immédiatement le nerf cubital, qui, ainsi attaqué en face et de suite, n'a jamais été blessé au cours de l'intervention. Un tel danger n'existe pour ainsi dire plus, si on le connaît d'avance et qu'on l'élimine ainsi dès le premier temps de l'opération. Outre la complète sécurité, ce mode d'intervention donne au chirurgien une grande facilité d'exécution, qui ressortira clairement de la description même du procédé opératoire.

Procédé opératoire. — Anesthésie à l'éther, anti-

sepsie préalable soignée, hémostase à l'aide de la bande d'Esmarch. Incision latérale interne longitudinale dont le milieu correspondra à la saillie habituellement présentée par l'extrémité inférieure de l'humérus luxé en avant et en dedans, cas le plus fréquent. Cette incision sera longue de 6 centimètres environ. On incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, puis le périoste. Après avoir eu soin d'écarter le nerf cubital facile à découvrir, on amorce la désinsertion au détache-tendons, d'abord sur la face antérieure de l'os, puis sur la face postérieure.

On tâche de mobiliser l'humérus sur les os de l'avant-bras, et, portant vigoureusement l'avant-bras dans un mouvement d'abduction, on fait saillir l'extrémité humérale, de façon à bien découvrir entièrement la trochlée. Ce dégagement s'opère très facilement, grâce à cette longue incision interne. Quelques coups de détache-tendons libèrent l'épicondyle et la portion externe de l'humérus des trousseaux fibreux qui peuvent exister. Saisir la trochlée avec un davier, et scier transversalement l'humérus à la hauteur convenable. Arrondir à la cisaille et régulariser l'extrémité osseuse supérieure.

Détruire les adhérences et les jetées ostéo-fibreuses qui gêneraient les mouvements de flexion et d'extension. Réduisant alors l'humérus, fléchir et étendre l'avant-bras, en s'assurant par cette mobilisation qu'il n'y a plus aucun obstacle. Se méfier notamment de la possibilité d'ostéomes intra-musculaires dans le brachial antérieur. Dans ce cas, les supprimer au détache-tendons.

L'hémostase post-opératoire est habituellement des plus simples. On suture après avoir placé dans la plaie deux petits drains. Puis, après un pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate salicylée, on immobilise suivant la règle ordinaire, à l'aide d'un appareil plâtré qui maintient l'avant-bras fléchi à angle obtus.

Au bout de huit jours, on supprime un drain et on commence à imprimer au membre les premiers mouvements.

Au bout de quinze jours la plaie est fermée, et on commence alors la mobilisation, accompagnée de tous ses adjuvants habituels, massage, électrisation, douches, etc.

Un chirurgien consciencieux, chez une jeune femme ignorante qui vient le trouver souvent, un peu pour retrouver l'usage du membre et beaucoup pour guérir une difformité dont s'accommodent difficilement sa coquetterie naturelle ou ses habitudes mondaines, ne pourra s'amuser de gaité de cœur à pratiquer sur le côté le plus visible du bras, des délabrements dont les traces ineffaçables feront peut-être plus tard regretter à sa malade d'avoir accepté son intervention.

Avec l'incision interne unique, plus de ces inconvénients, qui parfois peuvent agir sur l'esprit du malade avec assez de force pour lui faire oublier la plus brillante réussite opératoire, plus de risques opératoires qui menacent la motilité des muscles de l'avant-bras.

Ainsi nous pensons que la résection humérale dans les anciennes luxations, qui dans tous les cas doit reconstituer le coude avec toute la perfection dont est susceptible une intervention chirurgicale, donne ses



meilleurs résultats grâce aux avantages de l'incision latérale interne unique. Ces avantages : *sécurité complète, grande facilité d'exécution, cicatrice invisible*, que nous avons développés plus haut, sont rendus plus évidents par les photographies et les observations prises dans le service de M. le professeur agrégé Gangolphe.

OBSERVATION III

V... Marie, vingt-cinq ans, bûcheronne, de Poligny (Jura). Entre à la salle Sainte-Marthe, où elle occupe le lit n° 8.

La malade entre pour une luxation en arrière, suite de chute, datant de quatre mois. L'avant-bras est dans l'extension, l'impotence est complète.

Résection suivant le procédé de M. Gangolphe. Réunion immédiate.

Au huitième jour, premier pansement : on constate l'excellent état de la nouvelle articulation en formation.

Plus tard, rétablissement complet de tous les mouvements de flexion, d'extension, de pronation, de supination. Les fonctions du membre sont parfaitement rétablies, puisque avant son départ du service la malade aide à tous les travaux de la salle. Le rétablissement de la forme du membre est aussi parfait que possible, comme on peut en juger d'après nos deux photographies.

OBSERVATION IV

S. T., vingt-quatre ans, institutrice.

La malade entre à la salle Sainte-Marthe avec une luxation produite à Varsovie et datant de six mois. Des tentatives de réduction ont été faites en vain à Varsovie, et, tout récemment, à Saint-Amour (Jura).

La malade, envoyée par M. le Dr Chambard-Hénon, présente son avant-bras en extension. L'impotence fonctionnelle est absolue, il y a en outre un léger degré d'atrophie des muscles de la région.

Résection suivant le procédé précédemment indiqué. Après l'opération, les événements suivent leur cours habituel, donnant à l'intervention les résultats les plus brillants.

Tous les mouvements sont rétablis, la forme du membre est normale, et l'atrophie a disparu sous l'influence des massages, de l'électrisation, etc. Résultat parfait.

CONCLUSIONS

I. Les luxations du coude, qui sont généralement très faciles à réduire au début, sont celles qui deviennent le plus rapidement irréductibles. Le temps de réductibilité varie, suivant les auteurs, depuis un mois jusqu'à sept ou huit mois, ce qui indique que l'irréductibilité est moins fonction du temps que de l'état anatomo-pathologique de l'article.

II. Cet état de l'articulation, irréparable sans intervention sanglante, est si peu satisfaisant, les tissus péri-articulaires ont subi des transformations telles, qu'une réduction même complète ne peut faire espérer qu'une restitution fonctionnelle insuffisante.

C'est pourquoi, de tous les traitements employés jusqu'aujourd'hui, celui qui a donné les résultats les plus avantageux est la résection semi-articulaire humérale.

III. Cette intervention, essentiellement restauratrice, doit par cela même atteindre le plus possible à la perfection. C'est pourquoi nous insistons, d'après M. le professeur agrégé Gangolphe, sur l'utilité de l'incision

latérale interne unique qui, en dehors de ses avantages esthétiques (v. photographie) et de la grande facilité d'exécution qu'elle offre au chirurgien, donne les meilleurs résultats fonctionnels. Le chirurgien en effet évite grâce à elle un écueil toujours à redouter avec les incisions externes, à savoir la section des branches motrices du radial et, par suite, la paralysie des muscles par elles innervés.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
TRIPPIER.

Vu :

LE DOYEN.
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 14 janvier 1901.

RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
GABRIEL COMPAYRE.

BIBLIOGRAPHIE

- ANNEQUIN, Dauphiné médical. Grenoble, 1892.
BARBIER, th., Lyon, 1890.
BARROS, th., Genève, 1886.
BOUILLY, Congrès français de chirurgie, 1886.
CANGE, th., Lyon, 1895.
GUZIN, th., Lyon, 1890.
DEBRUN, Annales chir. franç. et étrang., t. IX, 1843.
DELBET, Société anatomique, 1890.
DESPRÈS, Société de chirurgie, 1888.
DÈCÈS, Congrès français de chirurgie, 1886.
DOTY, Congrès français de chirurgie, 1886.
FARABEUF, Bulletin de la Société de chirurgie, 1885.
GOGUEL, th., Paris, 1896.
HAMILTON et POINSOT, Traité des fractures et luxations, 1884.
LAFaurIE, th., Paris, 1869.
LESSER (Von), Centralbl. für Chir., 1881.
MARANGOS, th., Lyon, 1883.
MASSE, Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux, 1883.
MAYDL, Congrès français de chirurgie, 1886.
MOLLIÈRE, Congrès français de chirurgie, 1886.
MOREL D'ARLEUX, th., Paris, 1874.
NECKEL, Congrès français de chirurgie, 1886.
NÉLATON (Ch.), Bulletin de la Société de chirurgie, 1885.
NÉLATON et PEYROT, Bulletin de la Société de chirurgie, 1886.

NICOLADONI, Wien, med. Wochensch., 1885.

NODOT, th., Paris, 1888.

OLLIER, Traité des résections, t. II.

— Société chir. Lyon, juillet 1900.

OZANAM, th., Bordeaux, 1892.

PASTEUR, th., Lyon, 1900.

QUENU, Bullet. Société chir., Paris, 1893.

RECLUS, Congrès français de chirurgie, 1886.

SÉE (M.), Bulletin de la Société de chirurgie, 1872.

THIÉRY, Gaz. hôpitaux, Paris, 1891.

TILLAUX, Bullet. Société chir., Paris, 1893.

VILLENEUVE, Annales École méd. Marseille, 1892.

WAHL, J. hebdom. de Saint-Pétersbourg, 1872.

TABLE

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Qu'est-ce qu'une luxation irréductible?	9
CHAPITRE II. — Des différents traitements employés contre les vieilles luxations, et, en particulier, de la résec- tion semi-articulaire humérale	20
CHAPITRE III. — Procédé opératoire spécial. — Incision latérale interne unique	46
CONCLUSIONS	55

